



# IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SANITARIA

Assicurazione sanitaria per chi richiede il sussidio di disoccupazione



## Domanda di copertura assicurativa

Il pacchetto Medical Security Program (MSP) contiene un modulo per la domanda, una brochure e una busta per inviare la domanda. Legga la brochure per verificare i requisiti di ammissibilità e la copertura fornita dal Premium Assistance Plan oppure dal Direct Coverage Plan.

In base alla Sua situazione, potrebbe chiedere il Premium Assistance Plan o il Direct Coverage Plan. I dati forniti con questo modulo saranno usati per stabilire la Sua idoneità a ricevere l'assistenza sanitaria tramite il Premium Assistance Plan o il Direct Coverage Plan.

Come compilare la domanda:

1. **Legga attentamente la brochure, prima di compilare la domanda.**
2. Compili tutte e 3 le pagine e ogni parte del modulo. Si accerti che le informazioni fornite siano esatte. **Dati mancanti, incompleti e/o inaccurati ritarderanno l'esame della domanda e la data d'inizio della copertura assicurativa.**
3. **Rimandi la domanda compilata nella busta acclusa o la spedisca a: MSP Customer Service, P.O. Box 146758, Boston, MA 02114.**
4. Per domande su come compilare questo modulo o se le serve un interprete, chiami il MSP Customer Service al n° 1-800-908-8801 da Lunedì a Venerdì, 8:30 a.m. – 4:30 p.m.

**Se è già iscritto a Medicaid o Medicare Part B, non è idoneo per MSP.**

If you have any questions about completing this form, or you need it interpreted, call the Medical Security Program customer service unit at 1-800-908-8801. Hours are Monday – Friday 8:30 a.m. to 4:30 p.m.

Если у Вас возникли вопросы в связи с заполнением этой формы или если Вам нужно перевести ее, звоните в отдел медицинского страхования (Medical Security Program или MSP) в отдел обслуживания клиентов по телефону 1-800-908-8801. Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:30 утра до 4:30 дня.

Si tiene alguna duda al llenar este formulario o necesita su interpretación al español, llame a la unidad de servicio al cliente del Programa de Seguridad Médica (Medical Security Program) al 1-800-908-8801 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

Se desidera ricevere ulteriori informazioni sul modo di compilare questo modulo o se ha bisogno dei servizi di un interprete, si rivolga all'unità di servizio clienti del Programma di sicurezza sanitaria (Medical Security Program) all'1-800-908-8801. L'orario è dal lunedì al venerdì dalle 8:30 del mattino alle 4:30 del pomeriggio.

Em caso de dúvidas sobre o preenchimento deste formulário, ou se necessitar de explicações adicionais em português, contactar o Serviço de Assistência do Programa de Seguro de Saúde (Medical Security Program) através do telefone 1-800-908-8801. O horário é de segunda a sexta-feira, das 8:30 am às 4:30 pm.

បើអ្នកមានសំណួរអំពីការបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ ឬត្រូវការ ចូលរួមកម្រិត សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកបំពេញសេវាអតិថិជន ផែនការសុខភាពសុខាភិបាល (Medical Security Program) តាមលេខ 1-800-908-8801 ។ ម៉ោងធ្វើការគឺពីថ្ងៃចន្ទ- សុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 ល្ងាច។

ຖ້າມີຂໍ້ສົງໄສໃດໆ ກ່ຽວກັບການຕື່ມເຊິ່ງພອມນີ້, ຫລືຕ້ອງການ ຄຳແປ, ໃຫ້ໂທຫາໜ່ວຍວິການລູກຄ້າຂອງໂຄງການປະກັນ ສຸຂະພາບທີ່ 1-800-908-8801 ເວລາ ເຮັດການຄືວັນຈັນຫາວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4:30 ໂມງແລງ.

Si ou gen nenpòt kesyon sou kijan pou ranpli fòmèlè sila, oubyen si ou bezwen yon moun entèprete li ba ou, rele depatman sèvis kliyan pou Pwogram sekirite medikal la nan 1-800-908-8801. Lè ouvèti se lendi a vandredi ant 8:30 am a 4:30 pm.

Nếu có bất cứ thắc mắc nào về việc điền hay cần thông dịch mẫu này, xin gọi đơn vị Dịch Vụ Khách Hàng của Chương Trình An Sinh Y Tế theo số 1-800-908-8801. Giờ làm việc: Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 4:30 chiều.

如你对填寫這表格有任何問題, 或你需要把這表格翻譯, 請聯絡醫療安全計劃的客戶服務組 (Medical Security Program), 電話 1-800-908-8801。辦公時間為星期一至五, 由上午8:30至下午4:30。

**Legga la brochure acclusa prima di compilare il modulo.** Scriva in stampatello.

**1. Dati del richiedente** (la persona che riceve il sussidio di disoccupazione è il richiedente):

Ms.  Mr.  Mrs. Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome \_\_\_\_\_  
Social Security Number (N° Prev.Soc.): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mese                      Giorno                      Anno  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Località: \_\_\_\_\_ Stato: **MA** Zip: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Spunti le caselle opportune.

a) Sesso:  Femm.  Masch.      b) Gravida:\*  Sì  No

c) Stato civile:  Singolo/a  Coniugato/a  Divorziato/a  Separato/a      d) Disabile:\*\*  Sì  No

e) Copertura sanitaria tramite il coniuge:  Sì  No      Se "no", spiegare nello spazio apposito o in una spiegazione a parte.

f) Lei è iscritto/a a:  Medicare Part A  Medicare Part B  Medicaid  MassHealth  Commonwealth Care

**Se è già iscritto a Medicaid o Medicare Part B, non è idoneo per MSP.**

**2. Scelta del piano di assistenza sanitaria:**

MSP ha due piani disponibili: Premium Assistance e Direct Coverage. La brochure MSP spiega i dettagli dei due piani e i requisiti richiesti per ciascuno. Entrambi sono disponibili sia per gli individui che per le famiglie.

a) Per quale piano sta facendo domanda? (ne scelga soltanto uno)

**Premium Assistance** – MSP rimborsa una parte del COBRA o premio a carico dell'assistito (ved. brochure).

**Deve accludere copia della lettera COBRA inviata dal datore di lavoro dove è indicato il piano di assistenza sanitaria, la data di inizio del COBRA e il premio pagato. Se pagava un'assicurazione sanitaria privata, fornisca copia di una bolletta dove si veda il premio mensile pagato.**

**Direct Coverage** – per chi prima non aveva un'assicurazione sanitaria o non può continuarla.

**Direct Coverage con "Hardship Waiver"** – per chi non ce la fa a pagare il COBRA nemmeno con il sussidio MSP.

Se la sua famiglia supera i limiti di reddito stabiliti, fornisca le seguenti informazioni:

- Notifica della continuazione dell'assistenza sanitaria (lettera COBRA) dal suo ex datore di lavoro.
- MSP determinerà la spesa in base alle dimensioni della famiglia.

**Senza queste informazioni, la sua richiesta di "Hardship Waiver" non sarà esaminata.**

**Se lei risulterà idoneo alla "Hardship Waiver", sarà iscritto nel Direct Coverage Plan.** In caso contrario sarà iscritto al Premium Assistance Plan, se idoneo. La informeremo della decisione per iscritto.

b) Per quale tipo di copertura sta facendo domanda? (ne scelga solo una)  Familiare  Individuale

c) Il suo ultimo datore di lavoro le forniva l'assistenza sanitaria?  Sì  No

Se ha risposto "no", passi direttamente alla domanda n. 3.

d) Ha la possibilità di continuare a usufruire del piano sanitario che aveva con il suo ultimo datore di lavoro?

Sì  No      Data di inizio del COBRA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mese                      Giorno                      Anno

Perché non può continuare ad avere il piano del suo ultimo datore di lavoro? \_\_\_\_\_

e) Deve pagare da sé il 100% (tutto) il premio mensile del suo piano COBRA?  Sì  No

f) Nome del piano sanitario \_\_\_\_\_  Familiare  Individuale

g) Premio mensile pagato \$ \_\_\_\_\_

\* Documento richiesto: copia di una lettera del suo medico su carta intestata (per l'assicurazione).

\*\* Documento richiesto: copia della delibera della Social Security Administration o del Massachusetts Rehabilitation Commission o una copia di una lettera del suo medico su carta intestata.

**3. Dati riguardanti la famiglia:** Fornisca le informazioni richieste sul suo coniuge attuale e sui figli (coperti fino a 26 anni di età o, se disabili, senza limiti di età). Compili completamente i dati per ogni richiedente e, se applicabile, fornisca documentazione di studente per gli studenti fuori Stato, di gravidanza\* e di disabilità\*\*, allegandola alla domanda.

	Nome completo (Nome, Cognome, iniz. 2° nome)	Social Security Number (Nu. Prev. Sociale)	Data di nascita (Mese/ Gior./Anno)	Sesso	Gravida	Disabile	È residente nel MA?	Ha altri tipi di assistenza sanitaria? Se "sì", fornisca il nome del piano di assistenza.
<b>Coniuge</b>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
<b>Figli</b>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

*Se è divorziato/separato e deve dare assistenza al coniuge, accluda copia della sentenza di divorzio o dell'accordo di separaz.*

**4. Dati sul datore di lavoro del richiedente:** Fornisca i dati richiesti per *tutti* i datori di lavoro che ha avuto negli ultimi sei mesi. Per la verifica delle sue informazioni, specifichi quanto segue:

Nome del datore di lavoro	Indirizzo del datore di lavoro	Numero telefonico

**5. Dati sul reddito del coniuge:** Fornisca i dati richiesti su tutti i datori di lavoro del suo coniuge negli ultimi sei mesi. Per la verifica delle sue informazioni, specifichi quanto segue:

- Una copia delle ultime quattro buste paga di ciascun datore di lavoro; o una lettera originale (non copia) con lo stipendio del coniuge, per ogni datore di lavoro e firmata dal rispettivo datore di lavoro.
- Dichiarare se il coniuge sta ricevendo il sussidio di disoccupazione.
- Se il coniuge era disoccupato negli ultimi 6 mesi, dare una lettera firmata dal coniuge in cui lo dichiara.**
- Se il coniuge ha un'azienda, dare lo Schema C - dichiarazione fiscale o il c/o Profitti e Perdite aziendale**

Nome del datore di lavoro	Indirizzo del datore di lavoro	Numero telef.

**6. Assicurazione sanitaria del coniuge:**

- a) Nome del piano sanitario \_\_\_\_\_ b) Data di inizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mese      Giorno      Anno
- c) Premio mensile attuale del coniuge      \$ \_\_\_\_\_
- d) Premio mensile del richiedente      \$ \_\_\_\_\_

**È richiesta una lettera della società di assicurazioni per confermare quanto sopra.**

\*Documento richiesto: copia di una lettera del suo medico su carta intestata (per l'assicurazione).

\*\* Documento richiesto: copia della delibera della Social Security Administration o del Massachusetts Rehabilitation Commission o copia di una lettera del suo medico su carta intestata

**7. Redditi non da stipendio o sussidio di disoccupazione (richiedente e coniuge):** Dichiarare ogni altro reddito significativo (non dichiarato altrove nel modulo). Ciò può comprendere, fra l'altro, il supporto per i figli, l'assegno di mantenimento, i giorni di malattia e vacanze pagati, SSI, redditi da locazione, compenso per incidenti sul lavoro, dividendi, interessi, ecc.

Fonte di reddito:	Redditi avuti negli ultimi 6 mesi	Redditi stimati nei prossimi 6 mesi

**8. Importante! Firma di autorizzazione e certificazione:** Autorizzo il fornitore di assistenza sanitaria, gli altri piani sanitari e il mio ex datore di lavoro a fornire informazioni che mi riguardano al Department of Unemployment Assistance (DUA) e a Network Health, suo agente, per:

- Informare il fornitore dell'assistenza sanitaria del quale desidero ottenere i servizi, che sono idoneo a usufruire di questo programma.
- Rilasciare informazioni a terzi relative alle mie cartelle cliniche e a chiedere a questi informazioni atte a verificare la mia idoneità a questo programma.
- Rilasciare mie informazioni personali ad altre agenzie governative se previsto da statuti, leggi e/o accordi interni fra agenzie, allo scopo di facilitare e rendere conto dei benefici e costi dei servizi MSP, assicurando l'integrità del programma e assistendo nella transizione dal piano Medical Security Program a un altro piano.
- Controlli incrociati periodici saranno effettuati per verificare se Lei o i suoi familiari siete/eravate iscritti in un altro piano sanitario, compreso Medicare. Ciò potrebbe influire sull'idoneità, iniziale o successiva, sua o dei suoi familiari alla copertura sanitaria. Se Lei o i suoi familiari siete/eravate iscritti in un altro piano sanitario, potreste essere obbligati al pagamento dei servizi ricevuti.
- Chiedo di ottenere il Direct Coverage, CONCEDO a DUA i diritti di pagamento dei miei servizi sanitari da ogni altro assicuratore fino alla somma che DUA ha pagato o deve pagare per i servizi sanitari forniti a me o ai miei familiari.
- Dichiaro di aver riesaminato tutte e quattro le pagine di questa domanda e di aver fatto del mio meglio per ottenere e fornire informazioni vere e corrette. Confermo che tutte le dichiarazioni fatte da me in questa domanda sono vere e complete, al meglio delle mie conoscenze e convinzioni. So che DUA si baserà sulle informazioni che ho fornito in questa domanda per determinare la mia idoneità al MSP e ai vantaggi connessi.
- **Mi rendo conto che fornire consciamente e volontariamente informazioni false in questa domanda può comportare conseguenze civili e penali secondo le leggi del Commonwealth del Massachusetts.**

Firma del dichiarante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_

**Se è sposato e fa domanda per una copertura familiare, entrambi i coniugi devono datare e firmare questa domanda:**

Firma del coniuge: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_

**SPEDIRE IN BUSTA CHIUSA A:  
MEDICAL SECURITY PROGRAM  
P.O. BOX 146758, BOSTON, MA 02114-0020**

Per ulteriori informazioni sul Medical Security Program, visiti il sito [www.mass.gov/dua/msp](http://www.mass.gov/dua/msp)

Il Medical Security Program è amministrato da  
Department of Unemployment Assistance.